

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00351&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00351. Пошкодження зап'ястя

Автор: Jarkko Jokihaara
Редактор оригінального тексту: Martti Teikari
Дата останнього оновлення: 2018-01-22

Основні положення

- Перелом дистальної частини променевої кістки (перелом зап'ястя) — найбільш поширений вид перелому верхньої кінцівки у дорослих; частіше за все його причиною є падіння.
- У молодих пацієнтів критерії правильного положення мають бути виконані. У пацієнтів віком старше 65 років хірургічне лікування, як правило, безуспішне, але рішення щодо нього має прийматись в індивідуальному порядку.
- Більшість типових переломів дистальної частини променевої кістки (перелом Коллеса) потребують консервативного лікування на первинній медичній допомозі. Консультація хірурга чи ортопеда зазвичай необхідна при інших типах переломів.

Коментар експерта. В Україні дана патологія є компетенцією лікаря-спеціаліста ортопеда-травматолога.

- Повне відновлення може займати до 6–12 місяців. У більшості випадків постійного порушення функції не виникає, але деякі пацієнти можуть відмічати симптоми пошкодження зап'ястя незалежно від обраного методу лікування.
- Самий розповсюджений перелом зап'ястних кісток — перелом човноподібної кістки.

Типовий перелом дистальної частини променевої кістки (перелом Коллеса) [доказ|D] [доказ|C] [доказ|D] [доказ|B] [доказ|B]

[доказ|C] [доказ|C] [доказ|C]

- Перелом дистального метафіза променевої кістки із дорзальним зміщенням його дистального фрагмента (рисунок [зображення|00999] [Radius fracture types] [зображення|01349] [Typical fracture of the ...])
- Лінія перелому може поширюватися на ділянку суглобової поверхні. Ділянка перелому може бути розпоршена.
- У більшості випадків показане консервативне лікування.
- Критерії прийнятного положення кінцівки у пацієнтів до 65 років:
 - дорсальний нахил $\leq 15^\circ$
 - радіальне укорочення ≤ 3 мм відносно ліктьової кістки
 - суглобовий відступ або розрив ≤ 1 мм
 - променево-ліктьовий кут нахилу $\geq 15^\circ$.
- Якщо положення незадовільне, перед накладанням гіпсової пов'язки виконується репозиція, наприклад зіставлення фрагментів перелому.
 - Пацієнт має лежати рівно на спині.
 - Для розслаблення м'язів верхньої кінцівки дуже важливо знеболити місце перелому; для місцевої анестезії можна застосовувати 10 мл 1% лідокаїну дорсальніше лінії перелому.
 - Для протиставлення фрагментів перелому використовуйте стійку тракцію кінцівки шляхом руху у місці перелому. Асистент виконує тракцію в протилежному напрямку, підтягуючи руку назад вище місця перелому.
 - При виконанні тракції зробіть скорочення: спершу розширте місце перелому, а потім притисніть його, переміщуючи фрагменти у дорсальному напрямку і натискаючи великим пальцем у долоневому; одночасно рухайте перелом у бік незначного згинання.
 - Зберігайте скорочене положення кінцівки до затвердіння гіпсової пов'язки.
- Дорсальна гіпсова пов'язка накладається з верхньої третини передпліччя до суглобів пальців

- Накривайте шкіру тканиною так, щоб сформувались 1–2 шари бавовняної підкладки.
- Надайте гіпсовій пов'язці функціонального положення (згинання до 20°). Допускається лише легке згинання зап'ястя, а не його викривлення або пронація ліктьової кістки.
- Лікоть, п'ястно-фалангові суглоби та суглоб великого пальця мають рухатись вільно.
- Проконтролюйте позицію за допомогою рентгенографічного обстеження (щонайменше у прямій та боковій проекціях). Якщо позиція кісток незадовільна, репозицію необхідно повторити.
- Рекомендований час носіння гіпсової пов'язки — 4–5 тижнів.
 - Рентгенографічне обстеження перелому, що знаходиться у задовільному положенні має бути повторно проведене через 1, 2 та, за необхідності, 5 тижнів.
 - Повторні рентгенографічні дослідження не потрібні взагалі, якщо положення перелому не відповідає вищевказаним радіологічним критеріям, однак є прийнятним для лікування.
 - Хірургічне втручання показане у випадку, коли положення перелому після репозиції є незадовільним або воно погіршилось через 1–2 тижні. У таких випадках показана консультація ортопеда або хірурга. Не рекомендується проводити повторну закриту репозицію через 1–2 тижні.
 - Візуалізаційний метод обстеження перелому у задовільній позиції для динамічного спостереження є критерієм успішного лікування; для нього застосовується такий самий радіологічний критерій, як і на початковій стадії.
- У пацієнтів старше 65 років радіологічні показники не є прогностичним фактором успішності лікування, і хірургічне лікування скоріш за все не матиме істотних переваг, навіть якщо положення перелому є незадовільним або погіршується при використанні гіпсової фіксації. Хірургічне лікування може бути запропоноване активним людям похилого віку, для яких гарна робота верхньої кінцівки є важливою. У таких випадках необхідна обережна індивідуальна оцінка потреби в хірургічному лікуванні.
- Подальше лікування
 - Перед тим, як пацієнта відправити додому, йому потрібно надати інформацію у письмовому вигляді.

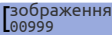
- На ранній стадії реабілітації рука має знаходитись у підвищеному положенні, пацієнт повинен виконувати вправи пальцями для зменшення набряку та спасічного процесу.
- Кілька разів на добу, незалежно від наявності гіпсової фіксації, пацієнт має активно виконувати вправи плечами, ліктями, міжфаланговими та пальцевими суглобами.
- Якщо гіпсова пов'язка здається пацієнту занадто тугою, вона має бути відкоригована або замінена. Після корекції гіпса контроль положення перелому виконується за допомогою рентгенографічного обстеження.
- За підозри на наявність ранніх ускладнень перелому (травмування нерва або сухожилля, запалення) показана невідкладна консультація хірурга чи ортопеда.
- Як ускладнення перелому у пацієнта може розвинути комплексний регіонарний больовий синдром (КРБС, [настанова 00455] Комплексний регіонарний ...). Його симптоми — раптовий виражений біль, зміна чутливості, рухливості та дисфункція вегетативної нервової системи. Лікування має розпочинатись на первинній медичній допомозі з подальшим невідкладним направленням пацієнта до відділення фізіотерапії або в лікарню на амбулаторне лікування болю. За підозри КРБС внаслідок пошкодження нерва (КРБС типу II) показана консультація хірурга.
- Якщо незважаючи на проведене лікування відновлення стану пацієнта сповільнюється (6–12 місяців), розвивається неправильне зрощення або нормальне функціонування кінцівки знаходиться під загрозою, варто надати планове направлення до спеціалізованої клініки.
- Можливі поєднанні ушкодження
 - Розповсюдженими травмами є перелом шилоподібного відростка ліктьової кістки та/або трикутного фіброхрящового комплексу (ТФХК).
 - Дистальні переломи ліктьової кістки (голівки чи шийки) трапляються рідко. Так як ці переломи можуть порушувати стабільність передпліччя, таким пацієнтам показане хірургічне лікування.

- Пошкодження або стиснення серединного нерва. Одразу після перелому або надання першої допомоги у I–III пальцях може відчуватися оніміння, але у більшості випадків цей стан триває 24–48 годин. Якщо оніміння не проходить, пацієнту показана консультація хірурга чи ортопеда.
- Під час або після використання гіпсової пов'язки, як наслідок тертя та запалення ділянки перелому може бути розірвана зв'язка відвідного м'яза мізинця.
- Розрив зв'язки між човноподібною та півмісяцевою зв'язками (човнопівмісяцева зв'язка, човнопівмісяцеве розщеплення) у поєднанні з переломом, що розповсюджується на поверхню променево-зап'ясткового суглоба
 - Діагноз пошкодження зв'язок зап'ястя встановлюється на підставі клінічного обстеження та, за потреби, магнітно-резонансної томографії.
- Перелом човноподібної кістки

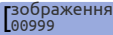
Згинальний тип перелому променевої кістки в типовому місці (перелом Сміта) [доказ 04218 D]

- Перелом дистального метафіза зі згинанням дистального фрагмента (рисунок [зображення 00999] [Radius fracture types])
- Цей вид перелому часто нестабільний і значно підвищує ризик незадовільного результату лікування.
- Часто необхідно проводити оперативне втручання, а потреба у призначенні такого лікування визначається хірургом чи ортопедом.
- За умови прийняття рішення про проведення консервативного лікування іммобілізація має бути виконана з використанням кутової гіпсової пов'язки накладеної від проксимальної частини плеча до суглобів пальців. Гіпсова пов'язка має бути накладена із легким натягненням зап'ястя, супінацією передпліччя на 45–60° та згинанням ліктьового суглоба під кутом 90°.

Перелом дистальної частини променевої кістки зі зміщенням променево-зап'ястного суглоба (перелом Бартона)

- Тильний або долонний перелом дистальної частини зі зміщенням променево-зап'ястного суглоба (долонний або тильний перелом Бартона; рисунок  [Radius fracture types]).
- Цей вид перелому нестабільний і має високий ризик порушення позиції кісток та низькі результати відновлення функції кінцівки.
- Зап'ястні зв'язки часто пошкоджуються на стороні, контрлатеральній перелому.
- Часто необхідно проводити оперативне втручання, і потреба у призначенні такого лікування визначається хірургом чи ортопедом.

Перелом шилоподібного відростка променевої кістки (перелом водія)

- Перелом суглоба шилоподібного відростка променевої кістки із задіянням човноподібної кістки (рисунок  [Radius fracture types]).
- Цей перелом часто пов'язаний із розривом човнопівмісячної зв'язки і може бути запідозрений за наявності подовження човнопівмісячної щілини за даними рентгенографічного обстеження.
- Незміщений перелом потребує іммобілізації дорзальною гіпсовою пов'язкою; зміщені переломи часто потребують хірургічного втручання.

Перелом суглобової поверхні дистальної частини променевої кістки і півмісячної кістки (перелом-штамп)

- Перелом суглобової поверхні дистальної частини променевої кістки і півмісячної кістки з проксимальною деформацією променевого суглоба
- Цей тип перелому має високий ризик поганого відновлення функції кінцівки.
- Хірургічне втручання показане при зміщенні поверхні суглобу ≥ 1 мм.

Перелом човноподібної кістки

- Типова ситуація виникнення — падіння на відведене зап'ястя.
- Болючість при пальпації в ділянці анатомічної табакерки (*fossa tabatière*)
- Зап'ястя може бути набряклим.
- Рентгенографічне обстеження: Пряма, бокова та коса проєкції зап'ястя і додатково — “човноподібна проєкція”
- За наявності підозри на перелом, але відсутності його ознак на рентгенограмі повторне оглядове рентгенографічне обстеження має бути виконане через 1–2 тижні або, за потреби, може бути призначена консультація хірурга чи ортопеда. Для діагностики перелому можна призначити МРТ.
- Вид лікування залежить від типу перелому.
 - Незміщений перелом талії човноподібної кістки може лікуватися за допомогою гіпсової пов'язки до повної осифікації перелому. Осифікація незміщеного перелому талії зазвичай відбувається за 6–8 тижнів.
 - Циркулярна гіпсова пов'язка накладається з верхньої частини передпліччя до суглобів пальців
 - Надайте зап'ястю функціонального положення (невелике згинання), залишивши вільними міжфалангові суглоби великого пальця; перший міжфаланговий суглоб II пальця теж має залишитись рухомим. Під час використання пов'язки мають бути збережені хапальні рухи великого і вказівного пальців.
 - При зміщенні перелому талії більше, ніж на 1 мм, або проксимальному переломі чи переломі під кутом рекомендується оперативне лікування.
 - Переломи дистального бугра потребують використання гіпсової пов'язки протягом 3–6 тижнів.
 - Дорсальна гіпсова пов'язка накладається від проксимальної частини передпліччя до суглобів пальців
 - Зап'ястя знаходиться у положенні легкого розгинання
- Осифікація погіршується, якщо між часом отримання перелому і початком лікування пройшло більше 4 тижнів.

- Щодо тактики лікування перелому човноподібної кістки часто необхідно консультуватись з хірургом чи ортопедом. Визначення типу перелому і зміщення уламків часто вимагає проведення КТ-сканування.
- Існує декілька процедур динамічного спостереження переломів, що лікуються за допомогою гіпсової пов'язки, і це є ще одним приводом для проведення консультації хірурга чи ортопеда з метою проведення подальшого лікування відповідно до місцевої практики.
 - Оглядова рентгенограма (пряма, бокова, човноподібна проекції) виконується за відсутності гіпсової пов'язки та повторюється при спостереженні через 4 та 6–8 тижнів. За наявності гіпсової пов'язки осифікація на оглядовій рентгенограмі не може бути оцінена адекватно.
 - Також під час спостереження можна використовувати КТ-сканування, що дає більш точні дані щодо процесу осифікації.
 - Якщо за даними динамічних візуалізаційних методів обстеження осифікація не відбувається, має бути розглянуте питання про хірургічне втручання, наприклад через 6 тижнів лікування.
- Близько 5–10% переломів човноподібної кістки не зрощуються. На пізній стадії незрощення можуть бути діагностовані за допомогою оглядової рентгенографії або КТ-сканування місця перелому. Незрощений перелом з наявними симптомами підлягає хірургічній корекції.

Інші переломи кісток зап'ястя

- Перелом тригранної кістки — другий за розповсюдженістю перелом кісток зап'ястя.
 - Найчастіше визначається невеликий дорсальний фрагмент перелому, помітний при виконанні знімків зап'ястя в боковій або косій проекції.
 - Лікування полягає в іммобілізації гіпсовою пов'язкою на строк 4–6 тижнів.
 - Декілька місяців може спостерігатись локальний біль, але зазвичай перелом є безсимптомним навіть у разі його незрощення.
- Інші переломи кісток зап'ястя є дуже рідкісними. Вони можуть бути пов'язані із значними пошкодженнями; їх виявлення потребує подальших візуалізаційних обстежень та консультації хірурга.

Пов'язані ресурси

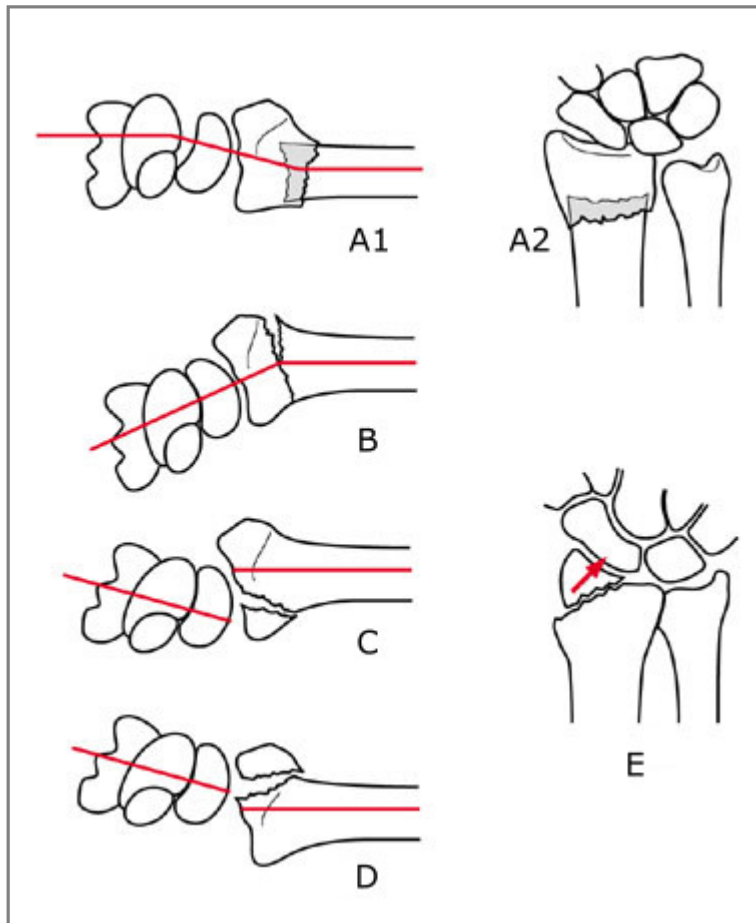
- Кокранівські огляди [\[пов'язані|Wrist injuries – Related...\]](#)
- Література [\[пов'язані|Wrist injuries – Related...\]](#)

Настанови

- [Настанова 00455](#). Комплексний регіонарний больовий синдром (КРБС).

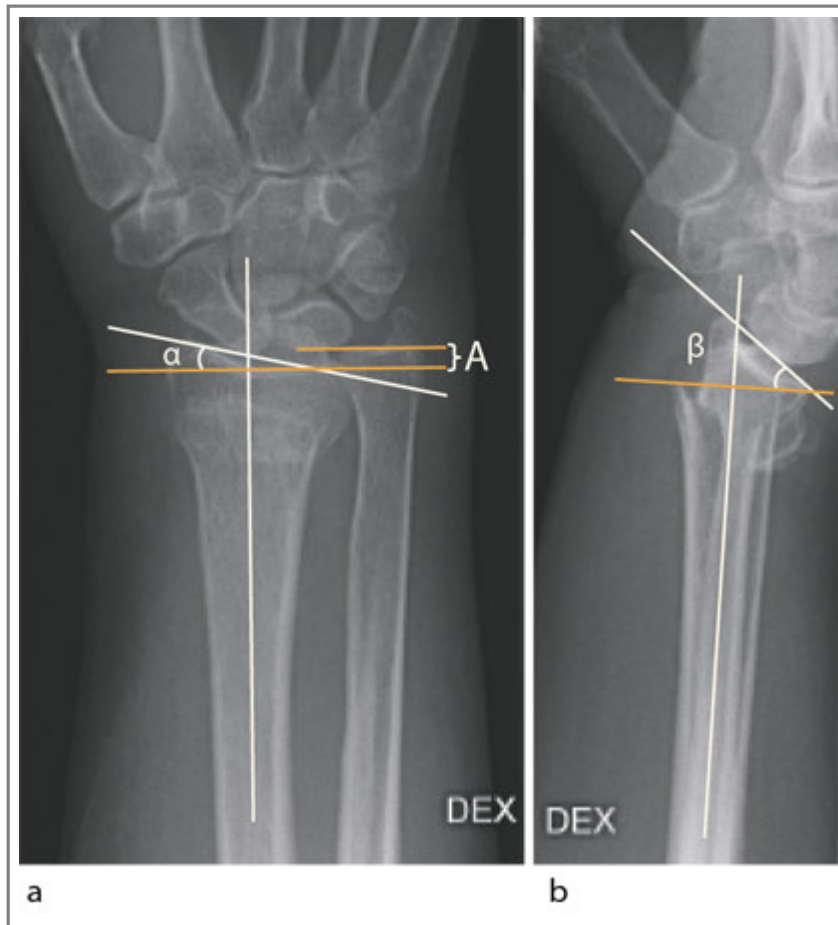
Зображення

- [Зображення 00999](#). Radius fracture types.



Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 01349](#). Typical fracture of the radius.



Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 04218](#). Closed reduction methods for treating distal radial fractures in adults.
Дата оновлення: 2003-10-02
Рівень доказовості: D
Резюме: There is insufficient evidence on the relative effectiveness of different methods for treating distal radial fractures in adults.
- [Доказовий огляд 05764](#). Percutaneous pinning for distal radial fractures in adults.
Дата оновлення: 2008-01-04
Рівень доказовості: C
Резюме: Across-fracture percutaneous pinning may provide some anatomical and functional advantages as compared to plaster cast immobilisation in the treatment of fractures of the distal radius in adults. In general, the precise role and methods of percutaneous pinning are not established. Biodegradable pins and Kapandji fixation seem to be associated with an excess of complications.

- [Доказовий огляд 00571](#). Conservative treatment of distal radial fractures in adults.
Дата оновлення: 2002-11-22
Рівень доказовості: D
Резюме: There is insufficient evidence from randomised trials to determine which methods of conservative treatment are the most appropriate.
- [Доказовий огляд 03526](#). Anaesthesia for treating distal radial fracture in adults.
Дата оновлення: 2003-02-04
Рівень доказовості: B
Резюме: Intravenous regional anaesthesia appears to give better analgesia than haematoma block in radial fracture. Haematoma block is quicker and easier to perform and less resource intensive.
- [Доказовий огляд 02977](#). Surgical treatment of distal radial fractures in adults.
Дата оновлення: 2008-07-25
Рівень доказовості: B
Резюме: Surgical methods appear to result in better anatomical appearance, but there is not enough evidence to confirm that the functional outcome is better than in conservative treatment of distal radial fractures in adults.
- [Доказовий огляд 04331](#). Late displacement of fractures of the distal radius.
Дата оновлення: 2003-12-02
Рівень доказовості: C
Резюме: Late displacement (after one week) may be common in Colles' fractures treated by closed reduction and plaster cast. Late rereduction may lead to permanent improvement in position.
- [Доказовий огляд 04329](#). Remanipulating Colles' fracture.
Дата оновлення: 2003-11-28
Рівень доказовості: C
Резюме: Remanipulating Colles' fracture may improve the dorsal angulation in patients under 60 years of age but not in those over 60.
- [Доказовий огляд 02641](#). Rehabilitation for distal radial fractures.
Дата оновлення: 2006-11-24
Рівень доказовості: C
Резюме: Certain rehabilitation interventions may be of some benefit for adults with fractures of the distal radius, but in general, the evidence is insufficient to establish the relative effectiveness of the various interventions.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: [ebm00351](#) Ключ сортування: [018.025](#) Тип: [EBM Guidelines](#)

Дата оновлення англomовного оригіналу: [2018-01-22](#)

Автор(и): [Jarkko Jokihaara](#) Автор(и) попередніх версій статті: [Outi Nieminen](#)[Veikko Avikainen](#) Редактор(и): [Martti Teikari](#)
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: [Hilkka Salmén](#) Видавець: [Duodecim Medical Publications Ltd](#)
Власник авторських прав: [Duodecim Medical Publications Ltd](#)

Навігаційні категорії
[EBM Guidelines](#) [Surgery](#) [Traumatology](#)

Ключові слова індексу

[Barton's fracture](#) [Bennet's fracture](#) [Chauffeur's fracture](#) [Colles' fracture](#) [Distal radioulnar joint](#) [DRUJ](#)
[Smith's fracture](#) [Plastering](#) [Cast](#) [Perilunar luxation](#) [Dislocations](#) [Lunate bone](#) [Wrist](#) [Wrist bones](#)

Wrist joint	Wrist injuries	Wrist fracture	Typical wrist fracture	Typical radius fracture	Scaphoid bone fracture
Radius fractures	Radius fracture	speciality: Surgery	speciality: Traumatology	Triquetrum fracture	Triquetral fracture
Reduction	Ulnar deviation	ісрс-2: L54	ісрс-2: L74	ісрс-2: L76	ісрс-2: L98